

Trabajo de Final de Máster Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud
Mental Comunitaria

**Evaluación de la percepción subjetiva de recuperación e implantación
del enfoque de recuperación en un dispositivo de pisos supervisados de
la comunidad de Madrid**

Autor/a: Carlos García Llorca

Director/a / Director/a: Mariano Hernández Monsalve

Tutor/a o supervisor/a: Mariano Hernández Monsalve

Data de lectura / Fecha de lectura: 10 de Noviembre de 2016



Resum / Resumen: Definir lo que se entiende por orientación hacia la recuperación es complejo. Durante la última década el modelo de recuperación ha ido adquiriendo calado dentro de los servicios de salud mental. En el trabajo siguiente se va a evaluar la percepción subjetiva que tiene un grupo de usuarios de un recurso de pisos supervisados en la comunidad de Madrid en cuanto a la orientación a la recuperación presente dentro del programa de pisos supervisados como una manera de evaluar las barreras personales, profesionales y estructurales que dificultan su implantación dentro del servicio.

Paraules clau / Palabras clave: recuperación/salud mental comunitaria/empoderamiento/pisos supervisados/trastorno mental grave /recovery

<u>Índice de contenidos</u>	<u>paginas</u>
1) Objetivos _____	4
2) Introducción _____	5-14
- Alojamiento y atención comunitaria en salud mental _____	5-8
- ¿De qué hablamos cuando hablamos de modelo de recuperación en salud mental? _____	8-10
- El “Recovery” y los servicios que priorizan a la persona _____	10-14
3) Metodología _____	14-16
4) Resultados _____	16-34
- Sesión 1 Concepto de recuperación _____	16- 20
- Sesión 2 Herramienta TRIP _____	20-23
- Sesión 3 Entrevistas personales _____	23- 25
- Sesión 4 Grupo focal _____	25- 30
5) Análisis y Discusión. _____	30-36
6) Limitaciones del estudio _____	36-37
7) Conclusiones _____	37-38
8) Referencias bibliográficas _____	38-40
9) Anexos _____	
- Anexo 1: Consentimiento informado	
- Anexo 2: Herramienta TRIP	
- Anexo 3:Entrevista personal y formato de evaluación	
- Anexo 4: sesión 1 “concepto recuperación”	
- Anexo 5: Resultados autoevaluación pisos supervisados	

Objetivos

- Describir la experiencia subjetiva de recuperación que tiene un grupo de usuarios de un dispositivo de Pisos supervisados.
- Identificar oportunidades y limitaciones en el servicio para el desarrollo del modelo de recuperación.
- Ofrecer planes de mejora en cuanto a la implementación del enfoque de recuperación dentro del recurso, acordes a las sugerencias planteadas por los usuarios del servicio.

Introducción

Desde la red de atención social a personas con enfermedad mental de la comunidad de Madrid se gestionan los programas residenciales para personas con enfermedad mental, dentro del cual se encuentra incluido el programa de pisos supervisados, normalmente vinculados a los recursos de Mini residencia. Dicho programa, integrado dentro de la red de recursos comunitarios que sustituyen a los antiguos hospitales psiquiátricos, ha sido objeto de dicha evaluación a través de la muestra de 2 pisos supervisados con el objetivo de evaluar la implantación del enfoque de recuperación en el servicio. (3)

A continuación se hace una breve revisión de la literatura internacional sobre el alojamiento de personas con enfermedad mental en el contexto comunitario, una aproximación al concepto de recuperación y la orientación de los servicios al enfoque de recuperación, se describen las características más generales del programa y se presentan los objetivos, metodología, desarrollo de los resultados, análisis y conclusiones.

Alojamiento y atención comunitaria en salud mental

El proceso de la reforma psiquiátrica puesto en marcha en nuestro país hace más de dos décadas ha supuesto un cambio radical en las estructuras de atención a la salud mental. El cierre de los hospitales psiquiátricos y la construcción de un nuevo sistema de atención han generado cambios irreversibles en la forma de atender a la salud mental en la comunidad de Madrid. Además de los cambios en los servicios sanitarios, se ha introducido el desarrollo de una red de recursos sociales comunitarios estrechamente ligados a los servicios de salud mental. Un importante componente de estos recursos sería el desarrollo de recursos residenciales. (10)

Al revisar la bibliografía en cuanto a programas de alojamiento de personas con enfermedad mental llama la atención la variedad de programas existentes con diferencias en cuanto a términos de estructura, dotación, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento. Un aspecto importante es cómo influye la visión que puedan tener los distintos agentes implicados, coexistiendo a veces perspectivas contrapuestas que van desde la rehabilitación a la segregación social. (10)

Así, por un lado siguen funcionando bajo nuevas formas los mecanismos tradicionales de exclusión, que buscan apartar de la vida social a aquellas personas que se siguen

viendo como diferentes. Pero además por otro lado, desde enfoques alternativos a este modelo de custodia, nos encontramos con dos visiones contrapuestas según se caracterice a estas personas como personas afectadas por un problema de salud que requiere atención sanitaria y de forma ocasional intervenciones sociales, o como una población en riesgo de exclusión que exige intervenciones más amplias en las que puede incluirse algunas de tipo sanitario. (10)

De hecho la justificación de este tipo de programas es doble. Por una parte se dispone de evidencia acumulada sobre su utilidad para mejorar la estabilidad clínica, el funcionamiento social, las redes sociales y la satisfacción y calidad de vida de los usuarios. Y por otra parte, suponen un elemento clave para asegurar la permanencia activa en la comunidad. (10)

La Red de atención social a personas con enfermedad mental de la comunidad de Madrid, ha sido diseñada desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, enfatizando en la condición de ciudadanos con diversas dificultades que exigen acciones multidisciplinares y coordinadas, con orientación rehabilitadora y de recuperación. (3)

En la mayoría de los países con sistemas consolidados de atención comunitaria en salud mental, los programas residenciales han experimentado evoluciones similares. Al inicio el alojamiento era una prolongación de la atención sanitaria que buscaba espacios alternativos al hospital psiquiátrico o lugares para intervenciones terapéuticas rehabilitadoras, así se fue pasando progresivamente a la provisión de alojamientos considerados como “lugares donde vivir” con el mayor nivel de autonomía y normalidad posible. (10)

Desde esa nueva perspectiva se produce una evolución desde un modelo que contempla la necesidad de distintos tipos de alojamiento, graduados según niveles de apoyo con itinerarios programados para cada usuario hacia niveles de mayor autonomía, a otro de apoyo residencial que da mucho más peso a las preferencias personales, fomenta la utilización de vivienda propia y pone en juego mecanismos de apoyo flexibles y adaptados a las necesidades de las personas afectadas. (10)

Paralelamente se produce una evolución en la tipología de los residentes, con la transición desde una población inicial de personas con largos periodos de institucionalización y situaciones bastantes homogéneas, a un abanico más amplio que

combina personas con diferentes niveles de autonomía, diferentes situaciones familiares y diversas procedencias. (10)

En cuanto a los efectos sobre los residentes las evidencias muestran un cuadro más o menos claro en relación con la situación clínica, el funcionamiento personal y social, las redes sociales y especialmente la calidad de vida y satisfacción del usuario. Efectos positivos que guardan relación con factores diversos como el tamaño del dispositivo (mejor cuanto más pequeño), distintos aspectos del funcionamiento interno, como los modelos de atención (rehabilitación, recuperación, custodia) o la participación de los residentes en la toma de decisiones. (10)

Hay que señalar también la repercusión, de los niveles de emoción expresada y de los entornos vecinales. Datos de los que emerge un modelo “óptimo”, que pondría el acento en entornos vecinales normales (donde vive el resto de la población), funcionamientos participativos, pequeño tamaño y régimen de actividades adaptado a las necesidades concretas de los residentes. (10)

El desarrollo de este tipo de programas en nuestro país sigue la misma línea que hemos mencionado con un retraso considerable con respecto a otros países y una dotación insuficiente y con grandes disparidades entre comunidades autónomas.

En cuanto a la **tipología** del recurso, los Pisos Supervisados son un recurso de alojamiento comunitario organizado en pisos o viviendas normales en los que pueden residir entre 3 y 5 personas con enfermedades mentales severas y persistentes. Ofrecen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte, completada con una supervisión y apoyo flexible ajustada las diferentes necesidades de cada piso y de sus usuarios. (3)

Sus **objetivos** son: proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo mas normalizado posible que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía y calidad de vida; el promover y posibilitar el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria de cada usuario y evitar situaciones de abandono y marginación o procesos de cronificación y deterioro de usuarios sin apoyo familiar o social. (3)

Los Pisos funcionan como un ambiente lo más parecido a un hogar familiar. Los usuarios se encargan, con el apoyo oportuno, de todas las tareas domésticas y de

organización interna. Los gastos generales y de mantenimiento de los Pisos corren a cargo de la Comunidad de Madrid, debiendo los usuarios asumir los gastos de manutención y otros gastos de funcionamiento cotidiano. La duración de la estancia es variable, ajustada a las necesidades de cada caso. La estancia es voluntaria. (3)

Cuentan con un **equipo específico** de monitores/educadores para ofrecer supervisión flexible y ajustada a las necesidades de cada piso ofreciendo el apoyo oportuno tanto en el funcionamiento doméstico y convivencia dentro del piso como en la adaptación e integración en el entorno comunitario. Asimismo se cuenta con el apoyo y coordinación de los Servicios de Salud Mental de referencia y de las Residencias y demás recursos de atención social del presente Plan. Los pisos supervisados funcionan en estrecha vinculación organizativa y funcionalmente con las Residencias a las que en su mayoría están vinculados. (3)

¿De qué hablamos cuando hablamos del modelo de recuperación en salud mental?

Según el análisis efectuado por la profesora Agustina Palacios, se pueden distinguir tres modelos de atención a la discapacidad. En primer lugar se encontraría el antiguo modelo de prescindencia, de origen religioso, en el que la persona con discapacidad es contemplada como una carga o castigo, hasta el punto en el que se podía prescindir de ella o condenarla a la marginación. En segundo lugar, estaría el modelo denominado médico o rehabilitador, donde se reconoce el origen científico de la discapacidad y se considera que la persona con discapacidad puede llegar a ser útil siempre y cuando sea rehabilitada, aunque tal proceso implique poner un telón que oculte la diferencia. El tercer modelo, denominado modelo social, se fundamenta en encontrar las causas que originan la discapacidad no en la persona, sino principalmente en la sociedad, pues son las limitaciones de esta, y no las individuales, las que originan el problema, al no proveer los servicios adecuados.(19)

Actualmente la consagración definitiva del modelo social, frente al médico-asistencial tradicional, deviene con la aprobación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, de la cual España es firmante. (4)

El concepto de recuperación nace de una mezcla de creencias y movimientos sociales e intelectuales (el movimiento de supervivientes de la psiquiatría y el amplio movimiento

de derechos de los usuarios). De ahí ha pasado a formar parte de las políticas de salud mental institucionales. (Braslow, 2013) (1)

En los últimos años la atención a la salud mental basada en el modelo comunitario se ha visto beneficiada por la perspectiva de la recuperación, que supone reconocer a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista “en primera persona” de su proceso terapéutico y de crecimiento personal.

La expansión de este modelo podemos verla en: la actitud de los propios afectados (empoderamiento-involucración de los directamente afectados e interesados, automanejo de la enfermedad, desestigmatización); la organización de los servicios (participación e implicación de los usuarios del servicio); la actitud de los profesionales (mayor respeto a la opinión y preferencias de los interesados, cooperación); y en reconsideraciones psicopatológicas (máxima relevancia de la respuesta subjetiva al diagnóstico y a la enfermedad, papel central de la elaboración del duelo o la relevancia de los factores relacionados con la resiliencia, sin olvidar los modelos de crecimiento post-estrés y post-trauma y sus posibles efectos positivos en el ámbito personal tales como el crecimiento personal y cambios de autopercepción; promover una orientación más prosocial y valoración del apoyo interpersonal y cambios en la filosofía vital y de desarrollo espiritual). (Rosillo, Hernández, Smith, 2013)

La definición clásica formulada por Anthony plantea *“la recuperación como un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. “la recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...”* (Anthony, 1993)

Braslow (2013) plantea que existen 3 conceptualizaciones de recuperación en la literatura. (1)

Primero, la que considera la recuperación como un resultado de salud mental: *“un proceso en el que las personas son capaces de vivir, trabajar y participar completamente en sus comunidades. Para algunos es la capacidad para vivir una vida*

plena y productiva a pesar de la discapacidad. Para otros implica la remisión de síntomas". New Freedom Commission (2003)

Segundo, la conceptualización que considera la recuperación algo subjetivo e indefinible: *"porque el proceso de recuperación no puede ser completamente descrito con el lenguaje tradicional, psiquiátrico o psicológico. Aunque el fenómeno no encaje en los paradigmas científicos, aquellos que hemos estado incapacitados sabemos que la recuperación es real porque la hemos vivido"* Deegan (1988)

Tercero, la que considera la recuperación como un sistema de creencias y prácticas que aboga por el desarrollo de servicios de salud mental orientados a la recuperación y que incluye componentes como: autodeterminación, apoyo individualizado y centrado en la persona, empoderamiento, enfoque holístico, no-linealidad, apoyo entre iguales, respeto, responsabilidad y esperanza.

Pilgrim (2008) plantea que existen tres conceptos de recuperación que están en conflicto. (11)

El primero entiende la recuperación como tratamiento biomédico: importancia de la medicación para la recuperación, define la recuperación en sintonía con la conciencia de enfermedad y a la respuesta al tratamiento médico.

El segundo entiende la recuperación como el desarrollo de habilidades y recursos que servirán de apoyo frente a los efectos del sufrimiento, permitiendo que la persona pueda tener una vida plena.

El tercero entiende la recuperación basada en los derechos individuales, para el que la recuperación supone librarse de la coacción, del etiquetado y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico.

No todas estas concepciones de recuperación son compatibles y se están manejando al mismo tiempo en distintos ámbitos. Existen distintos riesgos conceptuales e ideológicos detrás del modelo.

El "Recovery" y los servicios que priorizan a la persona.

Es ya habitual que en los distintos servicios de salud mental el concepto de recuperación forme parte de los papeles en los que se define su misión, su filosofía y sus valores.

Pero ¿En realidad las prácticas están orientadas desde esta filosofía?

Teniendo en cuenta que el modelo de recuperación se basa en los siguientes valores (7, 1):

- 1) La persona es experta en su problema, y esto implica:
 - Un cambio en la relación con el profesional alejada de experto/paciente, colaborar en vez de pautar.
 - Un cambio en el lenguaje, adaptando el lenguaje a las formulaciones subjetivas de la persona, evitando lenguaje clínico.
 - Un cambio en la participación de la persona en la construcción de la narrativa propia sobre lo que le ocurre, la toma de decisiones sobre su tratamiento y el desarrollo de proyectos significativos para ella.
 - Se estimula y facilita el autocontrol y la autodeterminación.
- 2) La persona es más que la “enfermedad”, todas las personas tienen potencial de crecimiento y cada proceso es único. Esto implica:
 - Entender la recuperación más allá de la recuperación clínica o funcional, independientemente de sus síntomas y problemas. Asumir la idea de que hay tantos caminos hacia la recuperación como individuos y que no necesariamente significa volver atrás. La recuperación consiste en el redescubrimiento de un sentido de identidad personal, separada de la enfermedad o discapacidad.
 - Orientarse a la persona globalmente teniendo en cuenta toda su biografía.
 - La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo como otras personas lo obtienen.
 - Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.
- 3) Las personas no se recuperan solas. Esto implica:
 - El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.
 - El desarrollo de los servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su

formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.

- La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible.
- El apoyo entre iguales es fundamental para muchas personas en su proceso de recuperación.
- Las personas viven en contextos sociales, económicos, políticos, culturales, religiosos, etc.... que han de ser tenidos en cuenta para integrar el impacto de los factores sociales en la comprensión del sufrimiento psíquico y facilitar la recuperación.

En cuanto a si las instituciones, dispositivos y servicios funcionan desde el modelo de recuperación, se debe desarrollar una organización del servicio acorde a los valores de la recuperación.

La organización y administración del servicio incluye componentes tales como la misión, las políticas, los procedimientos, los mecanismos de registros de datos, los sistemas de evaluación de la calidad del servicio, el espacio físico de este y la red de servicios relacionados o dependientes del mismo programa. (5)

Misión: Un programa orientado a la recuperación mantiene una misión que refleja los valores de la recuperación en un mínimo. Tal como ayudar a las personas a mejorar su funcionamiento para que puedan desarrollarse de una forma satisfactoria en el lugar que ellos escojan. La misión debe ser conocida, discutida y entendida por todos los clientes y proveedores del servicio. Debe ser colocada en un lugar donde se facilite su lectura.

Políticas: El programa debe tener unas políticas que reflejen los valores de la recuperación. Estas deben proporcionar los principios generales sobre los que se basa la prestación del servicio y pueden ser redactadas para cualquier aspecto del programa. Los usuarios del recurso van a contar con las oportunidades y la asistencia necesaria para elegir el plan de servicios que quieren para promover su recuperación.

Procedimientos: Con el fin de garantizar que las políticas son significativas para el programa, se desarrollaran procedimientos acordes a estas. Estos se diseñan para detallar los pasos que debe realizar el equipo para entregar la evaluación, la planificación de la intervención o la retirada de componentes de un programa. Una lista

detallada de los pasos orientativos, explicados de una forma individualizada para asegurarse que los clientes reciben la información del programa, basándose en lo que quieren saber. Esta orientación incluye información acerca de lo que ofrece el programa, lo que no ofrece y los mecanismos existentes para dar su opinión acerca del programa.

Mecanismos de registro de datos: Están diseñados, no solo para facilitar la comunicación entre profesionales, sino también para reforzar y facilitar la participación del usuario en su propio proceso.

Seguro de calidad: Un servicio orientado a la recuperación, implica a todos los participantes (profesionales y usuarios) en el desarrollo, planificación e implementación de los mecanismos que aseguran un servicio de calidad.

Espacio físico: Los programas orientados a la recuperación hacen un esfuerzo de cara a que los espacios físicos se usen tanto por profesionales como por los usuarios del servicio, además de incluirles en la toma de decisiones en cuanto a la decoración, arquitectura etc....

Red de servicios: Diseña sus actividades enlazando o involucrando a aquellos servicios que ya estén presentes en la comunidad.

Algunos de los aspectos que incluyen (1):

- Si los servicios están disponibles y accesibles cuando la persona los necesita,
- Si estos servicios son comprensivos e incluyen distintos programas y formatos.
- Si la persona puede elegir terapeuta y el programa al que acceder.
- Si se atienden las necesidades básicas.
- Si se evitan tratamientos coercitivos.
- Si los usuarios participan en la planificación y evaluación de los servicios como miembros integrados en los grupos de trabajo.
- Si los usuarios tienen la posibilidad de participar como expertos por experiencia asesorando, formando, etc.
- Si se facilita y promueve acceso a redes sociales e integración en la comunidad.
- Si el servicio desarrolla sus intervenciones en la comunidad, en el entorno natural del usuario.

- Si los profesionales desarrollan actitudes que favorecen la recuperación.
- Si se tienen en cuenta aspectos individuales o de minorías.

Es importante recordar que *“la recuperación personal surge como movimiento social, caracterizado por el énfasis en ciertos valores (autonomía, involucración personal, esperanza) frente a actitudes y practicas más tradicionales de depositar toda la expectativa, confianza y responsabilidad en la tecnociencia y el profesionalismo a ultranza”*. Hernández

Metodología

Estudio cualitativo, cuantitativo y descriptivo basado en la realización de cuatro sesiones a una muestra de 6 usuarios del dispositivo de pisos supervisados (piso A: 3 usuarios; piso B: 3 usuarios/as) que participaron de forma libre bajo la supervisión del investigador, el cual forma parte del equipo de pisos supervisados como educador de referencia.

Los datos demográficos de los asistentes:

Genero	edad	piso	Ingresos económicos	Tiempo en recurso	Asistió sesión 1	Asistió sesión 2	Asistió sesión 3	Asistió sesión 4
hombre	47 años	B	PNC	3 años y medio	si	si	si	si
mujer	41 años	B	PNC	5 años	si	si	si	si
mujer	23 años	B	PO	7 meses	si	si	si	si
hombre	44 años	A	Ocupación laboral	5 años y 8 meses	si	si	si	no
hombre	40 años	A	PNC	4 meses	si	si	si	si
hombre	47 años	A	PO	3 años	si	si	si	si

En la primera sesión se lleva a cabo una revisión del concepto de recuperación que se incluye como anexo al final del texto (anexo 4), esta sesión es desarrollada por el investigador principal, utilizando ejercicios prácticos desarrollados en la sesión 2 del proyecto Peer2Peer (13). Se compone de los siguientes elementos: a) una revisión teórica en cuanto al surgimiento del enfoque de recuperación b) un ejercicio práctico en el que se debate con el objetivo de elaborar una definición propia y común del concepto de recuperación c) revisión teórica en cuanto al concepto y principios del enfoque de recuperación. El ejercicio práctico fue grabado previa firma del consentimiento informado por parte de cada usuario (anexo 1).

En la segunda sesión se lleva a cabo el taller práctico TRIP: Implantar principios de recuperación en el recurso (anexo 2) (14) en cada piso de forma independiente. Componiéndose de: a) un ejercicio práctico en el que se define un listado de recursos y habilidades de los integrantes del piso b) un ejercicio de autoevaluación mediante test *Benchmarking* c) Plan de acción de las mejoras propuestas (este apartado no se desarrolla en el transcurso de la investigación).

En la tercera sesión se realiza una entrevista individual semiestructurada a la muestra de 6 usuarios de ambos pisos supervisados. El guion de la entrevista se incluye en el anexo final (anexo 3), fue diseñado por investigador principal, componiéndose de una revisión global de los siguientes elementos: a) misión del servicio b) políticas establecidas c) procedimientos utilizados d) registros de información e) seguro de calidad f) uso de instalaciones g) vínculo con la comunidad h) propuestas de cambio.

Las entrevistas fueron grabadas por medio digital, previa información y consentimiento de los participantes, y transcritas con el objetivo de llevar a cabo la evaluación cualitativa de estas, las transcripciones de las grabaciones de las entrevistas fueron revisadas de acuerdo a una lista de evaluación de las preguntas realizadas a cada usuario (anexo 3). Para controlar el sesgo subjetivo, una evaluadora independiente revisó las transcripciones de las grabaciones y también relleno el formato de evaluación de las preguntas realizadas. Posteriormente, se evaluaron las respuestas obtenidas con las preguntas por separado y una vez obtenidas las 2 tablas de evaluación, se discutió el desacuerdo en aquellas que no coincidían, alcanzando un consenso final entre los dos evaluadores mediante la realización de una tabla final, estimando el grado de acuerdo mediante una medida de concordancia como la Kappa de Cohen.

En la sesión 4, se desarrolla una sesión de grupo focal, para el desarrollo de este se realiza una convocatoria invitando a los usuarios de ambos pisos supervisados, explicando las características del desarrollo de la sesión, finalmente acuden 5 usuarios (piso A: 2 hombres, piso B: 1 hombre, 2 mujeres). Previo consentimiento informado de la grabación de este. Se transcribe la grabación con el objetivo de elaborar la evaluación cualitativa.

Posteriormente, se procede al análisis de los hallazgos más relevantes del ejercicio práctico de la sesión 1, del taller TRIP, de las entrevistas individuales y del grupo focal, con comentarios de las contestaciones encontradas para ilustrar o matizar las respuestas cualitativas.

Resultados

Para el desarrollo de la investigación se convocó a los usuarios de ambos pisos supervisados donde se iba a llevar a cabo la investigación, se hizo una explicación sobre en qué consistía el estudio y las distintas sesiones: Características, finalidad, utilidad, aclaración de dudas. Se explicó que el estudio formaba parte de un trabajo de investigación del Máster de rehabilitación psicosocial de la universidad Jaume I, se indicaron los objetivos del estudio y se garantizó la confidencialidad de las identidades de los participantes.

Posteriormente se procedió a la firma de los respectivos consentimientos informados para autorizar la participación libre y voluntaria en el estudio.

Finalmente asistieron 6 usuarios del recurso de pisos supervisados: 4 hombres y 2 mujeres.

Sesión 1 Concepto de recuperación

Se desarrolló la revisión del concepto de recuperación y un ejercicio práctico mediante metodología de grupo focal, se llevó a cabo en el piso supervisado A, el día 28 de septiembre de 2016 participando 6 usuarios del recurso de pisos supervisados.

La sesión tuvo una 1h y 40 min de duración. Fue dirigida por investigador principal (educador de referencia del recurso). Tras la introducción teórica en cuanto al concepto de recuperación se desarrolla ejercicio práctico del programa “peer2peer”.

Durante el desarrollo del ejercicio práctico, se pidió elaborar entre todos los participantes una definición del concepto de recuperación.

- *“Es un proceso lineal que no se sabe cuándo empieza ni cuando acaba, es integrarse en la sociedad, sentirse apoyado e integrado en el mundo social que nos rodea a pesar de seguir teniendo síntomas, sentirte a gusto contigo mismo, estando enfermo o no. Poder hacer una vida independiente a pesar de los síntomas, no tomar nada y estar estable.*

A continuación se procede a hacer una descripción de los principales hallazgos encontrados durante la sesión grupal, extrayendo como ejemplos frases textuales de los usuarios para ejemplificar los hallazgos:

- ❖ El proceso de recuperación se entiende ligado a la inclusión social y la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido dentro de tu comunidad.
 - *“no quiere decir que te cures, sino que socialmente has llegado a un estado en el que estas integrado, es como si tuvieras una gorra pero todo el cuerpo está integrado, la gorra es la esquizofrenia, se puede quitar o poner, pero la personalidad se hace más fuerte a lo largo del proceso de recuperación”*
 - *“[me siento recuperado] cuando te sientes integrado en la sociedad, cuando haces una vida normalizada sin grandes contrastes con la vida de tu alrededor”.*
 - *“sentirse recuperado para mí sería sentirse integrado en el concepto de mi familia”[...]*”Fui al psiquiátrico y te dicen que para recuperarte tienes que tomar estas medicinas, estas inyecciones, hacer un horario en tu vida, acostumbrarte a algo en realidad, y yo no quería acostumbrarme a nada en esa época, para mí sería volver a la normalidad, tener una rutina de vida en la que no te sintieras diferente a la demás gente”
 - *“tengo la experiencia de haber estado jugando al mus con la gente del pueblo y ahí era feliz [...]en ese momento estaba recuperado”*
- ❖ La importancia de experimentar placeres y éxitos en el día a día para el proceso de recuperación. (por pequeños que sean)
 - *(recuperarme implica)[...]porque tienes que levantarte todos los días por la mañana, que a veces pasas una noche muy mala, darte un paseo, eso ayuda a recuperarse”.*

- *“poder ir a un partido de futbol, un concierto, disfrutar de las cosas pequeñas. Desde luego estar en un psiquiátrico de por vida no es humano”.*
- *“te vas amoldando a este sistema en el que puedes tener tus pequeñas cosas que te hacen feliz sin llegar a una decaída de tu persona con respecto al entorno donde convives”.*
- *(la recuperación para mí)Levantarse día a día, ir a la compra, ir al CRPS, etc.*
- *poder disfrutar sí, yo disfruto con mis discos” “yo mi agua, mi rock FM y mis cigarritos”*
- ❖ Las personas pueden y superan las barreras y obstáculos que enfrentan.
 - *[...]” que tienes que tener esperanza en que vas a conseguir valerte por ti misma. Que tienes el control de lo que haces y no haces”*
 - *[...]”lo que pasa es que a veces saco fuerzas que no sé de donde me salen y digo esto no es así, consigo hacer las cosas y pienso que el día de mañana puedo recuperarme”*
 - *“es agobiante, como mucho he estado un mes pero te frías dentro, solo tienes ganas de salir y volver a ser como eras tú antes en la calle, lo hicieras bien o mal, te sintieras recuperado o no, te dijeran que vas bien o no, solo querías ser tu mismo y nada más”*
 - *“[...] prefiero pensar siempre positivamente, eso me ayuda en el proceso.*
- ❖ La recuperación implica procesos de re-descubrimiento personal, recalcan la importancia de la actitud personal.
 - *[...] la mayoría de la gente habla de que ha habido un trauma (recuperarte significaría) [...] aceptar el trauma y vivir lo mejor posible.*
 - *Implica echarle muchos huevos porque tienes que levantarte [...]*
 - *“a mí me dijo uno que tampoco era tan malo porque te da unos problemas a resolver de verdad, no como la mayoría de gente que se preocupa por cosas que no importan”*
 - *“yo luchar, luchar y luchar [...] saber llevarla contigo, sé que no se va a ir nunca pero como si fuera tu coleguita. Saber vivir con ella”.*
 - *“la gente con enfermedad mental grave yo creo que tiene mucha fuerza de voluntad, le echan un par de huevos a la vida”.*

- *“convivir con esa aceptación y desarrollar una posibilidad de esa, tu enfermedad con el entorno en el que estas, hacer algo positivo de todo lo que te pueda afectar con respecto a la convivencia con otras personas. Incorporarla como algo positivo a pesar de las limitaciones que pueda generar”.*
- *“integrar la enfermedad como parte de tu vida, que no va a ser todo eso [...]”*
- ❖ **Idea de recuperación como proceso no lineal.**
 - *“para mí que la recuperación ni empieza ni acaba [...]”*
 - *“[...] puede durar toda tu vida, no quiere decir que te cures [...]”*
 - *“[...] en ese momento estaba recuperado. Son fases. La vida da mil vueltas”*
- ❖ **Es necesaria la ayuda de los demás para la recuperación.**
 - *“hay veces que me he encontrado gente que me ha ayudado porque algún hermano suyo le ha pasado lo mismo y nos hemos ayudado entre los dos”.*
 - *“yo vivo a gusto ahora, mis compañeros me hacen sentir a gusto, el piso, un hogar donde cobijarme, eso para mí es importante, ahora tengo calidad de vida, ya más de uno quisiera”*
 - *“muchas veces con que tires no basta, te tienen que ayudar también”*
- ❖ **Recalcan importancia de adherencia a tratamiento farmacológico para la remisión de síntomas y ayudar a la recuperación.**
 - *“Es importante no tener síntomas, para vivir relajado, es muy difícil vivir con tensión todo el día, es horroroso, e tratamiento farmacológico te ayuda a estar más tranquilo”.*
 - *“cuando te levantas por las mañanas, te tomas tu medicación, te das un paseo, eso ayuda a recuperarte”*
 - *“es uno mismo el que tiene que recuperarse con la ayuda de los medicamentos, pero mentalizarse que esto te ha venido en tu vida y tienes que tirar con ello”*
 - *“un 70% son las pastillas y un 30% lo demás”.*

Sesión 2: Herramienta TRIP

Se llevo a cabo herramienta TRIP (Team Recovery Implementation Plan) en ambos pisos el 12 de Octubre de 2016, contando con la participación de 6 usuarios de los respectivos pisos supervisados. Al principio de la sesión se elaboro un listado de recursos y habilidades de apoyo a la recuperación presentes en los miembros del piso, luego se administro *test de autoevaluación Benchmarking*, estableciendo tres acciones a desarrollar a lo largo del año en cada piso, no se elaboraron los planes de acción ya que no era objetivo de la investigación, se desarrollaran durante funcionamiento del recurso. Se realiza la media entre las puntuaciones de ambos recursos para sacar una puntuación global en la autoevaluación.

La sesión tuvo una duración de 1 hora y 30 minutos en cada piso. Fue dirigida por investigador principal (educador de referencia del recurso)

Piso A:

Listado de recursos y habilidades: paciente, buen humor, constancia, trabajador, experiencia en hostelería, tolerancia, manitas, bromista, luchador, experiencia en distintos recursos residenciales, conocimiento musical, independiente.

Piso B

Listado de recursos habilidades: rol de madre, vida familiar, estudios sanitarios, independencia, juventud, experiencia en llevar una casa, cariñosa, organizado, tranquilo, muy limpio, empática, compañerismo, escucha reflexiva, paciente, cocina muy bien, le gusta salir, madurez, deportista, ha sacado una familia adelante con pocos recursos, ha superado perdidas, vivencia en situación de calle.

Se resalta la idea en ambos pisos en cuanto a que las experiencias individuales de las personas que conforman el piso influyen en el funcionamiento del recurso generando un ambiente único con sus potencialidades para la recuperación.

Resultados Benchmarking (ANEXO 5)

En cuanto a la nota media de implantación del enfoque de recuperación en el recurso, medida en porcentajes, sería del 61%.

Se establecen 3 grupos de prioridades de acuerdo a las puntuaciones recogidas.

En el primer grupo se encuentran aquellos ítems que no están implantados todavía en el recurso:

- Animamos a todos a desarrollar planes de crisis anticipadas y les ayudamos a encontrar personas relevantes para el usuario que apoyen este plan (ej. Psiquiatra, enfermera, familiar, medico, etc.) (ítem 17)
- Ofrecemos ejemplos de historias reales de éxito, libros de historias vitales, DVDs, póster, para que las personas puedan ver que es posible y para inspirar su esperanza en mejorar. (ítem 18)
- Tenemos un sistema para conectar a los usuarios con otros iguales que le pueden servir de modelo positivo (ej., A través de contacto con asociaciones, otros centros) (ítem 19)
- Ofrecemos la oportunidad que los usuarios puedan elegir a sus cuidadores profesionales de referencia (tutores del centro). (ítem 28)
- Planificamos anualmente actividades que reduzcan el estigma en los servicios comunitarios de la localidad. (ítem 38)

En el segundo grupo se encuentran aquellos ítems que tienen una implantación débil:

- Conocemos los recursos y oportunidades que nos ofrece la comunidad local (ítem 2)
- Apoyamos a los recursos locales a comprender los problemas de salud mental y a apoyar a las personas con enfermedad mental que utilizan esos recursos (ej. Personas que necesitan apoyos para volver al circuito educativo, empleo o actividades de ocio). (ítem 4)
- Los usuarios tienen sus propias notas, cuadernos, copia de sesiones, anotaciones de progreso o cumplimiento de objetivos y resúmenes de su plan, para propiedad personal. (ítem 10)
- Ofrecemos oportunidades a los usuarios, familiares y miembros del equipo de profesionales para aprender sobre Recuperación. (ítem 22)
- Involucramos a los usuarios en rutinas de toma de decisión y foros sobre funcionamiento del recurso. (ítem 35)
- Toda la plantilla recibe supervisión regular basada en la recuperación.
- Desarrollamos programas para reducir el estigma sobre la enfermedad mental en la población general. (ítem 37)

En el tercer grupo se encuentran aquellos ítems que tienen una implantación parcial:

- Involucramos a las personas significativas en el plan de intervención si así lo desean y utilizamos su consejo y ayuda (ej. Amigos, familiares, asociaciones, otros profesionales). (ítem 6)
- Ofrecemos a todos los usuarios que utilizan nuestro servicio la elaboración de un plan de recuperación personal y les ayudamos a desarrollar el plan. (ítem 7)
- Desarrollamos planes individualizados e incluimos en colaboración con los usuarios anotaciones orientadas a sus planes de recuperación personal que identifican con claridad planes y acciones para conseguir las metas de recuperación. (ítem 8)
- Los planes individualizados sirven a los usuarios para construir un proyecto de vida con sentido propio, independientemente de la presencia o énfasis en reducir los síntomas y problemas. (ítem 11)
- Ofrecemos a todos en nuestro servicio acceso a formación sobre el enfoque de recuperación en donde las ideas sobre recuperación y las metas personales pueden desarrollarse junto a otros incluyendo a otros usuarios del servicio y/o de otros servicios. (ítem 21)
- Hay mecanismos para detectar a personas sobreprotectoras dentro del equipo que dificultan la autorresponsabilidad del usuario, se desarrollan sistemas de supervisión con ellas. (ítem 23)
- Existen reglamentados sistemas que aseguran la participación del usuario en el recurso: comisiones de participación, asambleas sobre planificación, etc. (ítem 30)
- Animamos a los usuarios para que participen y colaboren en la evaluación de los servicios y programas. (ítem 33)
- Apoyamos el bienestar del equipo (ej. Bienestar personal, consejo, supervisión, reflexión sobre asuntos personales, autocontrol, etc.) (ítem 36)

De los grupos de prioridades deciden que acciones incluir para el plan de acción del año 2016-2017.

En el piso B las tres prioridades a desarrollar son:

- Elaborar plan de crisis (ítem 17)

- Crear figuras de apoyo mutuo para procesos de acogida y alta del recurso (19, 22)
- Elaborar un sistema de evaluación de calidad de la atención incluyendo indicadores propuestos por usuarios de pisos. (30,33)

En el piso A las tres prioridades propuestas a desarrollar son:

- Elaborar plan de crisis (ítem 17)
- Elaborar mapa de comunidad local con recursos y servicios. (ítem 2)
- Recibir más información en cuanto al enfoque de recuperación. (ítem 21, 22).

Sesión 3: Entrevistas individuales.

Se realizaron un total de 6 entrevistas individuales entre el 13 de octubre de 2016 y el 18 de octubre de 2016, con una duración media de 15 minutos. El contenido total fue evaluado por el investigador principal y por evaluador independiente. Ambos rellenaron hoja de evaluación de resultados, incluida en el anexo.

Los resultados encontrados por evaluador principal fueran los siguientes:

(Anexo 3)	P.D.R		
	SI	NO	DUDOSO/NC
1	83.3%	0%	16.6%
2	83.3%	0%	16.6%
3	66.6%	33.3%	0%
4	0%	100%	0%
5	16.6%	16.6%	66.6%
6	33.3%	66.6%	0%
7	66.6%	0%	33.3%

Los resultados encontrados por evaluador independiente:

(Anexo 3)	P.D.R		
	SI	NO	DUDOSO/NC
1	50%	16.6%	33.3%
2	50%	0%	50%
3	16.6%	50%	33.3%
4	0%	66.6%	33.3%
5	16.6%	0%	83%
6	16.6%	66.6%	16.6%
7	50%	16.6%	33.3%

Posteriormente se realizó un análisis de concordancia entre los observadores mediante la realización del índice de Kappa, con los siguientes resultados.

ÍNDICE KAPPA	ERROR ESTÁNDAR	I.C 95%	Fuerza de la concordancia
0.5758	0.25	0.3026-0.9489	moderada

Por tanto, el grado de acuerdo alcanzado entre los evaluadores es confiable. Se podría contemplar como causa que el grado de acuerdo no fuese mayor que uno de los evaluadores fuese el investigador principal y se había encargado del diseño de las entrevistas interpretando de manera diferente los comentarios y afirmaciones realizadas por los participantes.

Posteriormente, se hizo una reunión de consenso entre los dos evaluadores con el fin de discutir las preguntas en las que no hubo acuerdo, revisando nuevamente los audios de las grabaciones y llegando a una tabla de evaluación definitiva que se muestra a continuación:

Preguntas	P.D.R		
	SI	NO	DUDOSO/NC
1	83.3%	0%	16.6%
2	66.6%	0%	33.3%

3	50%	33.3%	50%
4	0%	66.6%	33.3%
5	16.6%	0%	83.3%
6	33.3%	66.6%	0%
7	66.6%	0%	33.3%

Sesión 4: Grupo focal

El grupo focal fue realizado el día 19 de Octubre de 2016 en las instalaciones del piso supervisado A, de la presente investigación. La sesión fue dirigida por el investigador principal que a su vez es educador de referencia del recurso. De los 6 usuarios actuales en ambos pisos supervisados, acudieron 5. Tuvo una duración de 1 hora y 7 minutos.

En primer lugar se hizo una introducción del ejercicio grupal: Características, finalidad, utilidad y aclaración de dudas. Se destacó la importancia de hacer retroalimentación a los directores del centro con el fin de trasladar las sugerencias realizadas por los usuarios del recurso. Tras esto se les explicó las temáticas a trabajar en el desarrollo del grupo focal.

- 1) Pasar revista para ver de qué manera ha ido cambiando la vida de cada uno y lo que se ha visto en otros desde la incorporación al piso supervisado.
- 2) Definiciones de lo que cada uno trabaja (¿Qué hace falta? ¿Qué se propone? ¿Qué sugerencias?)
- 3) De qué manera influye el trato que tiene con los profesionales en su proceso de recuperación.

A continuación se procede a hacer una descripción de los principales hallazgos encontrados durante la sesión grupal, extrayendo como ejemplos frases textuales de los usuarios para ejemplificar los hallazgos.

- En general, los usuarios perciben el piso supervisado como un espacio donde se fomenta el desarrollo personal, destacando el autocontrol y la independencia de los profesionales como aspectos que facilitan el avance en su proceso de recuperación.

- *“mi madre siempre se preguntaba qué sería de mi cuando ella faltase [...] me derivaron a la MR y luego al PS, el caso es que viendo la evolución hasta ahora es positivo”.*
- *“aquí le veo más suyo, más libre”*
- *“ya tenía experiencia de haber vivido más o menos solo, con mis abuelos, pero al piso llegue un poco asustadillo [...] pero la verdad que fui a mejor, ya puedo quedar con más gente, llego tarde y no pasa nada. Mientras haga lo que pone en el cuadrante de tareas, tienes más independencia”.*
- *“En una MR es como si te encontraras más cohibido, mas atrapado como si te controlaran mas, en un piso tienes una cierta libertad, controlándote por ti mismo”.*
- *“[...] mira con decirte que al fallecimiento de padre no fui y al fallecimiento de mi madre fui al cementerio y todo eso. Me cambio del estar encerrado en mi a abrirme un poquito más”.*
- Los usuarios del PS ven este como un recurso orientado a mejorar su calidad de vida, facilitando las relaciones con los demás y recibiendo el apoyo necesario para poder desarrollar una vida lo más independiente posible dentro de la comunidad.
 - *“para tener más calidad de vida, relacionarte con la gente y no estar en un cuarto metido de tu casa sin ver a nadie”.*
 - *“para adquirir más autonomía propia con respecto al entorno del piso y al exterior, médicos, papeles, a lo mejor te tienen que informar o acompañar las primeras veces para ir cogiendo cierta soltura”.*
- Consideran que en las derivaciones a piso han priorizado criterios tales como la opinión de los profesionales o la necesidad de plazas en las MR.
 - *“Ya estaba mejor, venía gente a la MR y necesitaban mi plaza y dije pues si me voy al piso”.*
 - *“Claro es que en la MR llega un momento en que te dicen que ya no eres perfil te vamos a mandar a piso”*
 - *“Yo era muy amigo de una cubana, Ely, esta estuvo en una MR, la dijeron que o se iba a piso o no podía estar en la MR, decidió irse a vivir al albergue de San Isidro”.*

- *(te derivan)” porque te ven más independiente, con ganas de luchar tu sola”.*
- Más de la mitad de los usuarios, participantes en el grupo focal, del recurso de pisos supervisados (3 de 5) elegirían vivir de forma independiente si contasen con los ingresos económicos suficientes.
 - *“La MR se me quedaba pequeña [...] podría vivir de forma independiente pero es que con una PNC...”*
 - *“elegiría una ayuda al alojamiento antes que un piso supervisado, puede ser que viniese alguien a controlar de vez en cuando, como un EASC, no me importaría”.*
 - *“si me diesen a elegir entre una ayuda al alojamiento o un piso supervisado elegiría una ayuda al alojamiento”.*
- Consideran al profesional como un apoyo cuyas funciones principales son el control y el entrenamiento.
 - *“[...] para enseñarnos a respetar a organizar a muchas cosas”.*
 - *“Para que no se vaya de madre, si cada uno hiciera lo que quisiera fíjate, Sodoma y Gomorra.*
 - *“para indicarnos un poquito el camino que debemos seguir para no tener una recaída”.*
 - *“control y enseñanza, así si nos vamos por ahí ya habremos aprendido muchas cositas”.*
- Consideran el piso supervisado como un espacio seguro y estable y entienden como un aumento del riesgo el hecho de vivir de forma independiente.
 - *“a la hora de independizarme me da miedo el perder el control, que me vengan las voces y se me olvide hacer la medicación”.*
 - *“yo no sé si caería en el alcohol o las maquinas”.*
- Consideran que el papel del profesional ocupa un papel secundario en su proceso, destacan el papel de profesional como facilitador y negociador a la hora de asumir ciertos riesgos para avanzar en el proceso de recuperación.
 - *“considero que los profesionales cumplen un papel pequeño a la hora de independizarme”*
 - *“el que tenéis ya, apoyar y si veis un avance decís venga un paso más”*
 - *“el asegurarse que todo va bien para dar ese paso”*

- *“nos han asesorado, pero luego no obligáis a nada”*
- Una de las cosas que más preocupa a los usuarios de PS es la incertidumbre o el miedo que generan las nuevas derivaciones que se realizan a los pisos supervisados. Valoran como muy importante el conocer previamente a la persona que va a ser derivada al piso ya que reduce el miedo y la incertidumbre.
 - *“Ahora por ejemplo con la entrada al piso del chico nuevo estoy un poco así, te entra un poco de miedo, sobre si se amoldara a nosotros, hacerle la vida más fácil, si entra una persona nueva hay que ponérselo fácil”.*
 - *“Lo principal es conocer a la persona, que vaya antes a la MR”.*
 - *“Si reduce mucho el miedo, siempre da un poco de corte el intentar no dañar a esa persona.”*
- Consideran las tareas del hogar como una posible fuente de problemas de convivencia y aunque las ven como algo positivo para ellos/as, en su mayoría verbalizan que mejoran el resultado de estas cuando aumentan las visitas de los profesionales al piso ya que consideran que desde los profesionales se les presta excesiva importancia.
 - *“Las tareas son algo importante porque si no nos come la mierda [...] porque por ejemplo ahora llego y hago siempre todo y le digo a C., oye C. bárreme el pasillo y dice no, ya hay un problema de convivencia, es importante que estén organizadas”.*
 - *Si le dais bastante importancia, en mi casa iba una mujer 2-3 días a la semana y mi madre únicamente barría y fregaba*
 - *“Hombre a veces te encuentras mal y te cuesta” [...] “a veces es pereza””pero las hacemos porque si no vienes tu a decirnos”.*
- Consideran que desde el equipo de profesionales se fomenta el asumir riesgos como parte del proceso de recuperación, a pesar de que pueda existir cierto miedo por parte del equipo. Salvo en caso de la adherencia al tratamiento farmacológico, el cual lo consideran como requisito indispensable para la estancia en el piso supervisado.
 - *“yo creo que si nos ponemos de acuerdo los cuatro, podríamos cambiar la organización de las tareas [...] ya sea para mejor o para peor, sería experimentarlo” [...] si creo que pueda dar algo de miedo en el equipo, pero te acompañan la primera vez y luego te animan a que vayas solo”.*

- *“no creemos que desde el piso nos vayan a apoyar a dejar de tomar la medicación aunque nosotros queramos”.*
- En general, aunque verbalizan que mantendrían el mismo estilo de vida si estuviesen viviendo de forma independiente, si verbalizan que hay algunas cosas que realizan o que no hacen por miedo a que se les expulse del piso supervisado. A la pregunta de si consideran que en algún momento se les pueda persuadir de alguna forma coercitiva responden que no.
 - *“yo voy a algunos talleres aunque no me gusten por miedo a que me expulsen”.*
 - *“Hombre si sales, un par de copas no te puedes tomar, aunque la mayoría de cosas que no puedes hacer es porque son malas para ti”.*
 - *“Yo creo que sí, hable con J. y me dijo yo por dos cervezas no me juego el piso, aunque yo llevaría el mismo estilo de vida”.*
- Valoran de forma positiva las visitas de los profesionales al piso, recalcan la importancia de la calidad ante la cantidad de visitas, y consideran que aunque no debería, si influye en cómo se comportan en el piso. En general lo que más valoran son las asambleas y las citas individuales. Si pudiesen elegir el horario de visitas de los profesionales al piso, variaría entre unos y dos días a la semana.
 - *“la presencia de los profesionales no debería influir, pero influye [...]influye en la cantidad y la calidad, porque yo me he pillado una gastritis por tener mal la comida.[...] nos ponemos mas las pilas, yo limpio mas cuando vienes*
 - *“Yo veo que 2 días a las semana está bien [...] Un día para la asamblea y luego mantener las citas individuales.”*
- Si fuesen los directores del centro financiarían parte de las vacaciones a los usuarios para que pudiese ir más gente y equiparían la casa con ordenador, WIFFI y secadora.

Con respecto a los aspectos no relacionados con el contenido de las respuestas sino con la forma de desarrollarse la sesión grupal, se destacan las siguientes:

- Hubo una participación activa de los 5 miembros de pisos supervisados que participaron el desarrollo del grupo focal. No hubo ningún usuario que acaparara la conversación y/o no dejara intervenir a los demás y las

respuestas emocionales a las inquietudes planteadas fueron medidas sin episodios de desbordamiento emocional.

- Un participante abandono el grupo 15 minutos antes de terminar la sesión debido a asuntos personales.

Análisis y Discusión

Rehabilitación e integración son dos conceptos que han guiado la organización de los servicios comunitarios de atención a la salud mental en los diversos recorridos que incluyen las reformas psiquiátricas en Europa y América. El concepto de rehabilitación psicosocial en salud mental surge a partir de importantes cambios políticos, sociales y científicos en los planteamientos de la gestión de la enfermedad mental. (16)

Los programas de rehabilitación tienen como objetivo dotar a los usuarios de las habilidades y las competencias psicosociales para interactuar de forma autónoma en la sociedad.

Hemos visto como en España, tras la reforma psiquiátrica, la inclusión de los servicios de salud mental en el sistema sanitario normalizado mediante el modelo de atención comunitario y la creación de recursos sociales de atención a personas con enfermedad mental ha logrado acercar a las personas que padecen enfermedad mental al resto de la población. Concretamente en este caso con los recursos residenciales de Piso supervisado.

Más allá de estos procesos de normalización e integración, el presente estudio se centra en el concepto de recuperación.

Mientras que el concepto de recuperación es central en el diseño de cualquier recurso socio-sanitario en el mundo anglo-sajón, en España no ha recibido la justa atención por parte de los gestores de los servicios, sin embargo, se aboga por ir incorporando esta perspectiva en la gestión de la salud mental de nuestro país (16).

El modelo recuperador hace énfasis en las prácticas de los profesionales y en la organización del servicio. Las investigaciones relacionadas con el concepto de recuperación utilizan la metodología cualitativa con el objetivo de privilegiar las experiencias subjetivas de estos (2,17). Es importante remarcar que los rasgos del

concepto de recuperación no son incompatibles con los distintos rasgos de los conceptos de integración y de rehabilitación (16).

El concepto de recuperación es reciente, y se encuentra en las narrativas, autobiografías, en definitiva en las experiencias subjetivas de las personas con enfermedad mental. En el presente estudio se ha desarrollado la definición del concepto de recuperación presente en una muestra de sujetos usuarios del recurso de pisos supervisados a través de las narrativas y de las experiencias subjetivas de los propios usuarios del recurso.

- *“Es un proceso lineal que no se sabe cuándo empieza ni cuando acaba, es integrarse en la sociedad, sentirse apoyado e integrado en el mundo social que nos rodea a pesar de seguir teniendo síntomas, sentirte a gusto contigo mismo, estando enfermo o no. Poder hacer una vida independiente a pesar de los síntomas, no tomar nada y estar estable.*

Hemos visto que el acercarse a la salud mental desde la perspectiva de la recuperación supone anteponer el concepto de “sanar” frente al de “curar”.

- *“no quiere decir que te cures, sino que socialmente has llegado a un estado en el que estas integrado”.*
- *“aun estando esa parte de sintomatología una puede recuperarse” “recuperarse si pero curarse no”.*

La recuperación no requiere necesariamente la vuelta al estado de salud y funcionamiento anterior a la enfermedad. El proceso de recuperación implica la construcción de la identidad, integrando la enfermedad de tal forma que permita otros componentes, es decir que los roles relacionados con la enfermedad no dominen la identidad de la persona.

- *“la recuperación para mi es aceptar el trauma y vivir lo mejor posible”.*
- *“a mi me dijo uno que tampoco era tan malo la enfermedad porque te da unos problemas a resolver de verdad, no como la mayoría de la gente que se preocupa por cosas que no importan”.*
- *“la gente con enfermedad mental grave yo creo que tenemos mucha fuerza de voluntad”.*

La percepción del propio control es otro componente esencial de la recuperación, en el sentido de controlar los síntomas y el estrés y también en el sentido en el que perciben que la situación depende de sí mismo.

- *“recuperarme sería no pensar que me están mirando o que se están cachondeando de mí, lo que pasa es que a veces saco fuerzas que no sé de donde me salen y digo esto no es así, consigo hacer las cosas y pienso que el día de mañana podre recuperarme”.*

Como se puede observar en los textos anteriores, uno de los aspectos que valoran como más importantes tras la derivación al piso supervisado es la independencia, es decir, el aumento de la sensación de control sobre su propia vida y la capacidad de tomar decisiones. Aunque hay una idea generalizada en cuanto a la importancia del tratamiento farmacológico en su proceso de recuperación, también destacan el trabajo personal de enfrentarse a la enfermedad para lograr una mejora sustancial de su situación. Expresan que el aumento de control sobre el tiempo y el espacio en su vida cotidiana tras la derivación al piso han sido desencadenantes de la recuperación emocional mejorando su calidad de vida. Consideran el contexto del piso supervisado como un espacio social seguro, lo cual es esencial en los procesos de recuperación.

En el contexto del piso supervisado, no solo hemos visto como las rutinas diarias y los hábitos relacionados con el hogar acercan a los usuarios a una vida normalizada, sino que también hemos visto que sirven como espacio para que los propios usuarios tomen decisiones sencillas y básicas sobre su propia vida. Rutinas tal como levantarse, el aseo diario, darse un paseo o tomarse la medicación pueden parecer insignificantes, pero estas actividades están formadas por pequeñas decisiones que proporcionan experiencias de capacidad de agencia, fomentando la sensación de control sobre su propia vida. Otra característica de estas rutinas, es que en gran parte acontecen en un espacio interaccional de forma que requieren de la participación de otras personas, lo que les ayuda a tomar pequeñas decisiones en un marco de negociación con los demás compañeros/as de piso o con los profesionales del servicio, sin que estas impliquen un nivel alto de estrés, por lo que se convierte en un contexto de aprendizaje muy importante. Estas experiencias diarias que pueden parecer insignificantes, son las que sostienen el proceso de recuperación de los usuarios (16).

Merece la pena que nos detengamos a analizar los resultados relacionados con las políticas en el recurso y la percepción de autocontrol existente. Tal como hemos mencionado, un 66.6% de los usuarios del recurso consideran que desde el centro se prestan las oportunidades y la asistencia necesaria para elegir y planificar promoviendo la propia recuperación, esto sería coherente con lo mencionado anteriormente, pero ¿qué ocurre con el 33.4% restante? Los datos cualitativos nos muestran que a pesar que los usuarios perciben el piso supervisado como un espacio donde se fomenta el desarrollo personal, destacando el autocontrol y la independencia de los profesionales. También perciben cierta falta de control ante procesos tales como las incorporaciones o los criterios de altas y bajas del recurso, lo que genera procesos de miedo e incertidumbre. Este miedo a que se les expulse del recurso hace que en ocasiones realicen o no realicen determinadas conductas, debido a la existencia de un control por parte de los profesionales, generándose procesos de coerción dentro de la organización del propio recurso. Desde una perspectiva objetivista, esto podría justificarse valiéndose de los principios éticos, bien sea invocando una justificación paternalista para la vulneración de derechos para alcanzar mejores resultados, o basándose en “el mejor interés” desde el punto de vista de la capacidad de consentir, desde una concepción subjetivista se puede argumentar que si la persona percibe que está siendo coaccionada lo está de hecho, independientemente de la realidad objetiva (11). Este miedo está muy ligado al desconocimiento parcial en cuanto a los procedimientos de evaluación, planificación de la intervención y derechos y obligaciones, tal como podemos observar en los resultados de las entrevistas y del test de autoevaluación.

El concepto de recuperación se extiende más allá de la reconstrucción y la negociación de la identidad a través del trabajo personal. Podemos observar que recalcan la importancia de sentirse integrado en su comunidad como la llave para construir la identidad más allá de la propia enfermedad. Consideran que el proceso de recuperación engloba a muchas personas tales como familia, amigos, profesionales, etc. (en distinta medida para cada uno), sin la participación de estas no sería posible el proceso de recuperación ya que solo a través de las relaciones con los demás uno puede adquirir una visión de si mismo normalizada (16). El hecho que destaque la importancia de la relación con los compañeros/as de piso como un aspecto que les ayuda tanto a mejorar la calidad de vida como a sentirse en su hogar, implica que el piso supervisado sirve como catalizador de una serie de experiencias de pertenencia comunes desde donde

crecer y desarrollarse. Estos ofrecen un espacio libre de juicios morales donde la experiencia de la enfermedad es aceptada, los usuarios comentan y discuten tanto con los compañeros con los profesionales las experiencias comunes de la enfermedad fuera de un contexto clínico, lo que funciona como un constante apoyo emocional y ayuda a identificar sus síntomas, proveer habilidades para controlar estos y fomentar recursos cognitivos y emocionales para reducir la ansiedad.

Además de la sensación de pertenencia, se pueden observar sentimientos de responsabilidad con respecto a los otros, generándose procesos de apoyo social recíproco, este varía desde el simple apoyo ocasional hasta cuando un compañero/a está enfermo o indispuerto y los demás le proporcionan cuidados. Estas actividades son esenciales porque supone ir más allá de la identidad de enfermo, hasta el punto de ser un agente de salud. La pertenencia al piso otorga a los usuarios una sensación muy positiva de dignidad, seguridad y estabilidad ya que implica el no sentirse solo en la lucha contra la enfermedad. Por otro lado, si prestamos atención a los resultados obtenidos en el grupo focal y en el test de autoevaluación, existe un miedo y de incertidumbre en cuanto a que pasaría si no contasen con el apoyo y el control que se da desde el piso supervisado.

Es indudable que la primera condición para la recuperación es el disfrute de las condiciones mínimas de vida (alojamiento digno, alimentación, higiene y asistencia sanitaria). El primer objetivo de los pisos supervisados es satisfacer y asegurar las necesidades básicas de estos (3), sin embargo, no todo acaba ahí. No podemos olvidar la dimensión como consumidor de las personas en el proceso de recuperación. El consumo es una actividad normalizadora y una persona sin una mínima capacidad de consumo no puede integrarse dentro de la sociedad (16). Como hemos visto anteriormente, la realidad es que en la actualidad, la gran mayoría de los usuarios participantes en la investigación, perciben unos ingresos económicos iguales o muy inferiores al mínimo interprofesional, y únicamente uno está incorporado en el mercado laboral. Aunque todos ellos pueden acceder y acceden a los contextos sociales de consumo, prácticamente la mitad de los participantes en la investigación verbalizan como principal barrera para alcanzar una vida independiente, la falta de recursos económicos suficientes para poder pagarse un alojamiento.

Con respecto al segundo objetivo del estudio relacionado con identificar las oportunidades y las limitaciones a la hora de poder implantar el modelo de recuperación dentro del servicio, se puede afirmar una implantación parcial del enfoque de recuperación en el servicio de pisos supervisados, identificando como oportunidades la independencia y autocontrol en cuanto a la toma de decisiones en su vida diaria, además de actuar como catalizador para desarrollar un sentido de pertenencia, generando oportunidades para desarrollar una identidad social a través del apoyo mutuo y la asunción de riesgos asegurando las expectativas de éxito, lo que ayuda a construir progresivamente una experiencia de recuperación.

En cuanto a las limitaciones existentes, nos encontramos con unos procedimientos poco clarificadores (procesos de derivación, evaluación, planificación de la intervención, derechos y deberes, etc.) que generan una sensación de falta de control en los usuarios del recurso, unos mecanismos de registros que fomentan poco la participación del usuario con su proceso de recuperación y una escasa participación en la evaluación de los servicios y programas.

Las barreras personales que se identifican a la hora de implementar el enfoque de recuperación son:

- Altos niveles de conformismo con las opciones de tratamiento sugeridas por los profesionales del centro.
- Escasa implicación en cuanto a la toma de decisiones acerca del funcionamiento del piso supervisado.

Como barrera profesional identificada que evidencia la dificultad de implantación del enfoque en el servicio estaría:

- Falta de implicación a los usuarios en los procesos de derivación y alta del recurso.
- Escasa difusión de los procedimientos establecidos en el servicio.
- Uso de registros que fomentan poco la participación del usuario en su proceso de recuperación.
- Escasa difusión de los servicios existentes en la comunidad.
- Escasa implicación de los usuarios en los mecanismos de evaluación.

Como barreras estructurales nos encontraríamos las siguientes:

- Insuficiente personal de referencia en pisos supervisados para poder llevar a cabo una intervención continuada.
- Insuficientes subvenciones o ayudas por parte de la comunidad para aquellas personas que no tengan suficientes ingresos económicos para poder cubrir sus necesidades básicas fuera del piso supervisado y quieran seguir avanzando en su proceso de recuperación en una vivienda independiente.

Finalmente como tercer objetivo se ha planteado ofrecer planes de mejora en cuanto a la implementación del enfoque de recuperación dentro del recurso, acordes a las sugerencias planteadas por los usuarios del servicio.

- Desarrollar procedimientos acordes a las políticas del programa, detallando los pasos a realizar por el equipo para entregar la evaluación, la planificación de la intervención y los procesos de alta y baja del recurso. Traslados de forma individualizada asegurándose que la persona conoce lo que quiere saber.
- Desarrollar herramientas de registro compartidas de las intervenciones llevadas a cabo en el recurso.
- Elaborar plan de crisis individualizado.
- Impartir formación basada en el enfoque de recuperación con el objetivo de crear figuras de apoyo mutuo para procesos de acogida y alta del recurso.
- Elaborar un sistema de evaluación de calidad de la atención incluyendo indicadores propuestos por usuarios de pisos.
- Elaborar mapa de comunidad local con recursos y servicios de intereses.
- Aumentar número de profesionales en plantilla con el objetivo de mantener una continuidad en la intervención en pisos supervisados.
- Organizar la supervisión en piso de tal forma que se fomente la calidad de la intervención en lugar de la cantidad de visitas al piso.
- Incluir la participación de usuarios en algunas reuniones de equipo de pisos.
- Adaptar los pisos a las nuevas tecnologías, incluyendo un equipo informático e internet en los pisos supervisados.
- Informarse de las distintas ayudas al alojamiento para personas con discapacidad existentes dentro de la comunidad, además de promover el aumento de inversión en la intervención en entornos naturales a través de las reuniones con la consejería.

Limitaciones del estudio

En este último apartado del análisis, se mencionan las limitaciones que tiene la presente investigación, que se ilustran a continuación:

- Dado que el investigador principal forma parte del equipo de Pisos Supervisados es probable que puedan aparecer procesos de deseabilidad social durante el desarrollo de las evaluaciones. Por otro lado el hecho de conocer a fondo el funcionamiento del recurso y existir un vínculo previo con los usuarios facilita que la investigación se desarrolle dentro de un marco de confianza además de dotar de mayor significado la información obtenida y las propuestas realizadas.
- Imposibilidad de generalizar conclusiones a otros servicios de pisos supervisados debido a la muestra poco representativa.
- El guión de la entrevista contenía algunas preguntas de carácter confuso que generaron discrepancias entre los dos evaluadores por lo que parte de las respuestas son de validez dudosa. Sin embargo, las transcripciones de las entrevistas ayudaron a los evaluadores a ponerse de acuerdo fácilmente obteniendo por ello un acuerdo estadísticamente significativo.
- En el análisis de las transcripciones tanto de los grupos focales como de las entrevistas, no he empleado metodología de investigación cualitativa estandarizada, sino que he utilizado el sentido común y mi experiencia profesional dentro del recurso dando lugar a errores de sesgo. La razón de esta limitación estriba en mi falta de conocimientos y mi inexperiencia en estas metodologías. Es por ello que he recurrido a sustentar siempre mis interpretaciones con frases obtenidas literalmente de las transcripciones de los grupos.

Conclusiones

- No es fácil comprender la tarea de los servicios y de los profesionales que trabajamos en pos de la recuperación de las personas con enfermedad mental. Pero sin lugar a dudas el esfuerzo principal es el que deben realizar las personas usuarias de los servicios. Estas deben luchar con la misma enfermedad, con los procesos de marginación asociados y contra el estigma. En definitiva, la recuperación consiste en poder encontrar tu lugar en el mundo.

- Es necesario hacer énfasis en la intervención de contextos locales donde se desarrollan los procesos de recuperación. Es imprescindible trabajar al mismo tiempo con las personas usuarias de los recursos, como con las injusticias económicas y políticas presentes dentro de la comunidad, así como aceptar que el sistema socio-económico dominante es una realidad a tener en cuenta en los procesos de recuperación. Por lo que desarrollar políticas que conlleven acciones concretas que ayuden a reducir los procesos de exclusión y marginación es una obligación.
- La reforma psiquiátrica, basada en el modelo rehabilitador, se inició apoyándose fundamentalmente en la iniciativa y la fuerza de grupos profesionales comprometidos. En el futuro, las personas con enfermedad mental deben paulatinamente formar parte de los órganos de consulta y decisión relacionados con la gestión de la salud mental. Es importante tener en cuenta el cambio de los perfiles en atención desde los servicios de salud mental hacia una población más involucrada en su proceso de recuperación e integrada en la sociedad, por lo que es importante adaptar el funcionamiento de los recursos o crear servicios nuevos capaces de atender las necesidades de esta población en contextos lo más integradores e independientes posibles.
- Es importante no solo focalizar la atención exclusivamente en las personas usuarias, sino también preocuparse por el diseño de los servicios que las atienden.
- La percepción de los usuarios de pisos supervisados, participantes en esta investigación, en cuanto al concepto de recuperación e implantación dentro del servicio es positiva
- Importancia de llevar a cabo las propuestas con el objetivo de una mayor implementación del enfoque en el recurso.
- El recurso de piso supervisado cubre las necesidades básicas de los usuarios del servicio y actúa como catalizador de los procesos de recuperación.
- Es importante incorporar unos procedimientos claros acordes a las políticas y misión del programa de pisos supervisados.
- El piso supervisado es un espacio que dota de seguridad, estabilidad y dignidad a las personas que residen en él, ofrece un espacio libre de los juicios morales donde la experiencia de la enfermedad es aceptada fuera de un contexto clínico,

facilitando procesos de apoyo mutuo y desarrollo de sentido de pertenencia e identidad positiva.

- Ofrece un espacio donde experimentar logros y avances asumiendo un riesgo con mayores posibilidades de éxito.

Referencias

- Alonso Suarez, M. (2016) Rev.Asociacion Madrileña de salud mental.;40(14-22) “Reflexiones sobre el modelo de recuperación”
- Biglia, B. & Bonet-Martí, J. (2009) La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida
- Consejería de Servicios Sociales (2003) Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con Discapacidad y Protocolo facultativo (2006)
- Farkas, M., Sc.D. Cheryl Gagne, M.S. Anthony, M., Ph.D., Chamberlin, J. (2005) Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions.
- García Montes, J.M. y Pérez Alvarez, M. (2002) La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar.
- Geoff, Shepherd; Boardman, Jed; Slade, Mike.(2008) “Hacer de la recuperación una realidad: edición en castellano”. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Gómez Beneyto, M “Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013” Madrid 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones
- Lehmann, P. (2014) “Dos aspectos contradictorios en la recuperación y la rehabilitación psicosocial ” WARP BULLETIN N°35 OCTUBRE
- López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC, Jimeno V y López A. (2005) Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. Artículo publicado en Rehabilitación Psicosocial; 2 (1): 28-39.
- Morgan, A. & Felton, A.(2013) “Del compromiso constructivo a la recuperación coercitiva.

- Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. “Empoderamiento del usuario de salud mental”. [s. l.]: Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa, 2010.
- Peer2perr curso de formación profesional 2015. Fundación intrass
- Repper J y Perkins (2013) PROGRAMA TRIP Programa para implantar recuperación en los servicios
- Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., Simon Peter K. Smith. (2013) Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.,; 33 (118) 257-271
- Saavedra Macias, F.J (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. História,Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar,p.121-139.
- Saavedra Macías, F.J Una aplicación del análisis narrativo a la rehabilitación psicosocial del enfermo mental: Una investigación sobre el cambio narrativo en pacientes esquizofrénicos. Universidad de Sevilla, Dept. Psicología Experimental; Fundación Andal. Integra. Soc. Enf. Mental
- Sinergies, S. (2007) “La relación entre usuarios y profesionales en el ámbito de la salud mental: la opinión de los usuarios y usuarias”. Barcelona: Associació d’ Usuaris de Salut Mental de Catalunya (ADEMM),
- Vid. DE ASÍS, R., BARIFFI, F., y PALACIOS, A., (2007) “Principios éticos y fundamentos jurídicos”, en la obra colectiva Tratado sobre Discapacidad, ed. Aranzadi, Pamplona, , pp. 83 a 110.

ANEXO 1

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Evaluación de la percepción subjetiva de recuperación e implantación del enfoque de recuperación en un dispositivo de Pisos Supervisados de la Comunidad de Madrid

DESCRIPCIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la evaluación de la percepción subjetiva de recuperación e implantación del enfoque de recuperación en un dispositivo de Pisos Supervisados de la Comunidad de Madrid

Esta investigación es realizada por Carlos García Llorca, estudiante del Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial de la Universidad Jaume I.

El propósito de esta investigación es conocer la percepción subjetiva de recuperación que tienen un grupo de usuarios de un dispositivo de Pisos Supervisados e implantar el enfoque de recuperación en el recurso específico.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará participar activamente en sesiones y entrevistas grabadas en audio.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación. **Todos los datos serán confidenciales**, y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen. (Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Solamente Carlos García Llorca, Mariano Hernández Monsalve (tutor de este Trabajo de Fin de Máster) y los profesores responsables del tribunal, **tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.**

DERECHOS:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Carlos García Llorca al email carlos.garcia.llorca@grupo5.net

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____ Fecha: _____

ANEXO 2

PLAN TRIP: IMPLANTACION DE ENFOQUE RECUPERACION EN EQUIPOS.

(TRIP: TEAM RECOVERY IMPLEMENTATION PLAN)

Equipo:

Fecha:

“Imroc” Implementing Recovery through Organizational Change

NHS. Octubre 2013

INFORMACION DEL EQUIPO

Papel o función principal del equipo (recurso)	
Nº de personas que atiende	
Media de tiempo que los usuarios permanecen con el equipo	
Profesionales que componen el equipo	

Recursos de apoyo a la recuperación del equipo
Profesionales con habilidades especiales, intereses, experiencia personal, conocimientos, contactos que pueden ser utilizados para hacer el servicio mas enfocado a la recuperación

Personas usuarias del servicio con habilidades especiales, intereses, experiencia personal, conocimientos, contactos que pueden ser utilizados para hacer el servicio mas enfocado a la recuperación
Cualquier otro recurso disponible para el equipo (contactos con grupos, asociaciones, recursos de la comunidad, familiares, amigos, voluntarios, organizaciones ciudadanas, etc.)

AUTOEVALUACION DE ENFOQUE DE RECUPERACIÓN EN EL SERVICIO

Criterio	Grado de implantación (5 completamente, 1 no implantado)	Ejemplos de cómo está implantado	¿Cómo de importante Es que trabajemos en esto?
Ayudamos a los usuarios a construir o mantener los roles, relaciones y conexiones con las personas, redes y comunidades de su interés	5 4 3 2 1		
Conocemos los recursos y oportunidades que nos ofrece la comunidad local	5 4 3 2 1		
Introducimos en la planificación actividades que favorezcan o ayuden a la inclusión social de los usuarios del servicio			
Apoyamos a los recursos locales a comprender los problemas de salud mental y a apoyar a las personas con enfermedad mental que utilizan esos recursos (ej. Personas que necesitan apoyos para volver al circuito educativo, empleo o actividades de ocio)	5 4 3 2 1		
Tenemos un sistema efectivo ara involucrar e informar a amigos y familiares (ej. Maneras de identificar a los cuidadores, de mantener informados a la familia de origen, ofrecer consejos e involucrarles en revisiones o momentos importantes)	5 4 3 2 1		
Involucramos a las personas significativas en el plan de intervención si así lo desean y utilizamos su consejo y ayuda (ej. Amigos, familiares, asociaciones, otros profesionales)	5 4 3 2 1		
Ofrecemos a todos los usuarios que utilizan nuestro servicio la elaboración de un plan de	5 4 3 2 1		

recuperación personal y les ayudamos a desarrollar este plan					
Desarrollamos planes individualizados e incluimos en colaboración con los usuarios anotaciones orientadas a sus planes de recuperación personal que identifican con claridad planes y acciones para conseguir las metas de recuperación	5	4	3	2	1
Apoyamos a los usuarios en la búsqueda de objetivos en la vida y no solo en relación a los síntomas y a la enfermedad mental	5	4	3	2	1
Los usuarios tienen sus propias notas, cuadernos, copias de sesiones, anotaciones de progreso o cumplimiento de objetivos, y resúmenes de su plan, para su propiedad personal	5	4	3	2	1
Los Planes individualizados (PIR) sirven a los usuarios para construir un proyecto de vida con sentido propio, independientemente de la presencia o énfasis en reducir los síntomas y problemas	5	4	3	2	1
Los programas diseñados en la cartera de servicios identifican los objetivos y metas de los usuarios participantes de maneja complementaria con los objetivos profesionales del programa (e.j. estar mas descansado, relacionarme con alguien que me gusta, mejorar mi salud física, etc)	5	4	3	2	1
Animamos a los usuarios a hacer sus propias elecciones y decisiones y les apoyamos incluso si no estamos de acuerdo con ellos	5	4	3	2	1
Damos información y promovemos la toma libre de decisiones en vez de obligar,	5	4	3	2	1

presionar, sobornar o coaccionar a la persona. Y solo utilizamos la fuerza como último recurso					
Estamos preparados a correr riesgos y a probar nuevas intervenciones con los usuarios y animamos a los usuarios a hacer lo mismo	5	4	3	2	1
Trabajamos con los usuarios a que comprendan su perspectiva del “riesgo”, negociamos y acordamos planes de seguridad y de responsabilidad compartida (ej. Qué puede hacer la persona, qué puede hacer el profesional para ayudar)	5	4	3	2	1
Animamos a todos a desarrollar planes de crisis anticipadas y les ayudamos a encontrar personas relevantes para el usuario que apoyen este plan (ej. Psiquiatra, enfermera, familiar, médico, etc.)	5	4	3	2	1
Ofrecemos ejemplos de historias reales de éxito, libros de historias vitales, DVDs, póster, para que las personas puedan ver que es posible y para inspirar su esperanza en mejorar	5	4	3	2	1
Tenemos un sistema para conectar a los usuarios con otros iguales que le pueden servir de modelo positivo (ej. A través de contacto con asociaciones, otros centros)	5	4	3	2	1
Tenemos un sistema para evaluar y celebrar avances en la consecución de metas y objetivo	5	4	3	2	1
Ofrecemos a todos en nuestro servicio acceso a formación educación sobre el enfoque de recuperación en donde las ideas sobre la recuperación y las metas personales pueden desarrollarse junto a otros incluyendo a otros usuarios del servicio y/o de otros servicios	5	4	3	2	1

Ofrecemos oportunidades a los usuarios, familiares y miembros del equipo de profesionales para aprender sobre Recuperación	5	4	3	2	1		
Hay mecanismos para detectar a personas sobre-protectoras dentro del equipo que dificultan la autorresponsabilidad del usuario se desarrollan sistemas de supervisión con ellas	5	4	3	2	1		
Hay establecidos mecanismos o sistemas que refuerzan el compromiso del usuario en su plan individual de rehabilitación	5	4	3	2	1		
Desarrollamos un programa de autoestima y autoconcepto positivo de sí mismo como persona mas allá de la enfermedad mental	5	4	3	2	1		
Ofrecemos una variedad de opciones terapéuticas e intervenciones para que los usuarios puedan decidir (terapias psicológicas, terapias complementarias, etc.) y damos información para ayudar a tomar la decisión	5	4	3	2	1		
Desarrollamos un programa que ayuda a los usuarios a clarificar sus problemas personales vitales y hacer planes para encontrar la solución por si mismos con el apoyo necesario del equipo	5	4	3	2	1		
Ofrecemos la oportunidad que los usuarios puedan elegir a sus cuidadores profesionales de referencia (tutores del centro)	5	4	3	2	1		
Los programas del recurso distribuyen sus contenidos haciendo énfasis no solo en los problema y déficits sino también en aumentar las fortalezas y competencias	5	4	3	2	1		

Existen reglamentados sistemas que aseguran la participación del usuario en el recurso: comisiones de participación, asambleas sobre planificación, etc.	5	4	3	2	1		
Involucramos a los usuarios en rutinas de toma de decisión y foros sobre el funcionamiento del recurso	5	4	3	2	1		
El lenguaje que usamos refuerza la esperanza y as posibilidades de mejora y evita el pesimismo y la cronicidad	5	4	3	2	1		
Animamos a los usuarios par que participen y colaboren en la evaluación de los servicios y programas	5	4	3	2	1		
Animamos al personal a que priorice en la atención de los usuarios mas que en tareas administrativas y tareas burocráticas	5	4	3	2	1		
Toda la plantilla recibe supervisión regular basada en la práctica basada en la recuperación (ej. Usando talleres de supervisión)	5	4	3	2	1		
Apoyamos el bienestar el equipo (ej. bienestar personal, consejo, supervisión, reflexión sobre asuntos personales, autocontrol, etc.)	5	4	3	2	1		
Desarrollamos programas para reducir el estigma sobre la enfermedad mental en la población general	5	4	3	2	1		
Planificamos anualmente actividades que reduzcan el estigma en los servicios comunitarios de la localidad	5	4	3	2	1		

¿Cuáles son tus tres “top” prioridades para desarrollar?

1	
2	
3	

ANEXO 3

Entrevista personal

Guía de entrevista sobre la organización e implantación del enfoque de recuperación en el recurso de Pisos supervisados

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar (ciudad y sitio específico):

Entrevistador:

Entrevistado(a) (nombre, edad, género, lugar de residencia, dispositivo al que pertenece piso A, piso B):

Introducción: Descripción general del proyecto de investigación (propósito, participantes elegidos, motivo por el cual fueron seleccionados, utilización de los datos).

Características de la entrevista: Confidencialidad, duración aproximada de la entrevista (opcional, sólo en caso que el entrevistado lo pregunte).

Preguntas:

Misión:

- 1) *¿Qué información tenía del piso antes de incorporarse?*
- 2) *¿Qué opinión global tiene acerca de los objetivos y función de los pisos supervisados?*
- 3) *¿Qué importancia tiene para su proceso de recuperación el haberse incorporado al piso supervisado?*

Políticas

- 1) *¿Consideras que se fomenta el que tomes tus propias decisiones sobre tu vida? ¿podrías darme algún ejemplo?*
- 2) *¿Consideras que desde el piso supervisado se tienen en cuenta tus intereses y necesidades? ¿podrías darme algún ejemplo?*
- 3) *Durante tu estancia en el piso, en el momento que has tomado o querido tomar alguna decisión que suponga un cambio en tu vida ¿Cuál ha sido la reacción de los profesionales? ¿cómo te has sentido al respecto?*

Procedimientos

- 1) *¿Qué mecanismos tienes para comunicarte con los profesionales cuando lo necesites? ¿Y con los compañeros?*
- 2) *¿Consideras que desde el recurso se cuenta con la ayuda de las personas que son importantes para ti en tu proceso de recuperación?*
- 3) *Cuando te incorporaste al piso se realizó una evaluación ¿sabes cuál es el objetivo de esto? ¿De qué cosas hablaron? ¿Podría darme algún ejemplo?*
- 4) *¿Consideras que cuentas con toda la información en cuanto a cómo se organiza el piso supervisado (derechos, responsabilidades, horario de atención de profesionales, programas impartidos, etc.?)*
- 5) *¿Conoces lo que es un PIAR? ¿coincide con tus objetivos de recuperación?*
- 6) *A estas alturas ¿tiene previsto que hacer en caso de presentar una crisis? ¿lo ha hablado con su tutor y se ha acordado algún plan de actuación si se diese el caso durante la estancia en piso?*

Registros

- 1) *¿Cuentas con alguna anotación de las intervenciones que realizas con los profesionales del recurso? ¿qué opinas en cuanto a las anotaciones de los profesionales?*

Calidad

- 1) *Como usuario del recurso ¿en qué medida consideras que participas en la organización de este?*
- 2) *¿Contáis con los mecanismos suficientes para poder transmitir vuestra opinión en cuanto a la organización del recurso y profesionales?*
- 3) *En el caso que no estuvieses a gusto con algún aspecto del piso supervisado ¿crees que podrías mostrar tu opinión con total libertad?*

Instalaciones

- 1) *¿Hay algún espacio del recurso que se delimite únicamente para profesionales?*
- 2) *¿Consideras que hay alguna distinción entre profesionales y usuarios del recurso a la hora de utilizar las instalaciones?*
- 3) *¿Consideras que se respeta tu espacio personal y tu intimidad en el piso?*

Vinculo con la comunidad

- 1) *¿De qué forma se fomenta el uso de la comunidad desde el piso supervisado?*
- 2) *Si estas interesado en realizar alguna actividad ¿se fomenta desde el equipo el que busques el servicio fuera del recurso o se te ofrece desde el propio recurso?*

Propuestas

- 1) *¿Tiene alguna propuesta para mejorar la organización del funcionamiento en piso supervisado?*
- 2) *¿Qué recomendaciones daría al centro para mejorar los mecanismos de participación?*
- 3) *Si pudiera hacer lo que más le gusta y lo que cree que mejor le viene en este momento de su vida ¿Qué le gustaría hacer?*

Formato de evaluación de entrevista

Nombre entrevistado _____

Nombre evaluador: _____

Preguntas	SI	NO	DUDOSO/NO SE HA CONTESTADO
¿Se ayuda a las personas a mejorar su funcionamiento de modo que pueda ser exitoso y satisfactorio en el entorno de su elección?			
¿Se prestan las oportunidades y la asistencia necesaria para elegir y planificar, promoviendo la propia recuperación?			
¿Se proporciona orientación de una forma individualizada asegurándose que los usuarios saben lo que quieren saber?			

¿Los registros sirven para reforzar el compromiso de los usuarios con su proceso de recuperación?			
¿Se llevan a cabo evaluaciones incluyendo medidas seleccionadas por los usuarios?			
¿Existen diferencias entre profesionales y usuarios en cuanto al uso de las instalaciones?			
¿Se prioriza que el usuario participe en servicios de la comunidad antes que en programas de dentro del recurso?			

Anexo 4

Sesión 1

Modelos de tratamiento de la discapacidad

- Modelo de prescindencia: de origen religioso, la persona con discapacidad es contemplada como una carga.
- Modelo medico “rehabilitador”: reconoce una causa científica y una consideración de la persona con discapacidad que puede llegar a ser útil siempre y cuando sea rehabilitada.
- Modelo social: encuentra las causas que originan la discapacidad no en la persona, sino en la sociedad. Discapacidad como fenómeno que hunde sus raíces no en la incapacidad de la persona, sino de la sociedad para darle respuestas desde el respeto a su diversidad.

Enfoque en recuperación

- La recuperación es inicialmente un movimiento social que se pone en marcha en el seno de los usuarios de servicios de salud mental, en torno a un conjunto de valores compartidos.
- se basa en la creencia fundamental de que todo el mundo tiene la capacidad de recuperarse, no importa el tipo de problema de salud mental que se padezca.
- **Está en absoluta contradicción con la idea de los servicios tradicionales, basados en la idea que las personas con TMG no se recuperan y que lo mejor que pueden hacer es mantenerlas asintomáticas.**

Escenario alternativo a:

- Fuerte profesionalismo en la psiquiatría actual, psicología clínica y otras profesiones implicadas en la atención a la salud mental.
- Técnicas de RPS han demostrado eficacia pero ninguna productos globales.
- Preponderancia de modelos basados en síntomas y déficits. Biologismo.
- Heterogeneidad de EMG

Historia de la construcción

- Distintas formas de autoayuda, movimiento de club sociales, movimiento de vida independiente de personas con discapacidad.
- Eficacia de algunas practicas no convencionales
- Movimientos de usuarios de salud mental
- Resurgimiento movimientos anti institucional y anti psiquiatría.
- Relatos en primera persona
- Existencia de redes

Factores que han contribuido a su desarrollo

- Investigación de los resultados a largo plazo

Los resultados de estos estudios han sido importantes para el desarrollo del enfoque de recuperación, ya que aunque de forma variable, han identificado sin ninguna duda un importante número de personas que sí se han recuperado.

- El activismo y el enfoque centrado en los derechos humanos.

movimiento contra las grandes instituciones psiquiátricas, que favorecía un enfoque centrado en apoyar a las personas en la comunidad.

- Compartir experiencias sobre recuperación

- Perspectivas sociales sobre salud mental

¿Qué es la recuperación en salud mental?

“...un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona.

Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad”.

*“La recuperación implica **desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...**”*

(Anthony 1993)

Diferentes perspectivas de la recuperación

- Entender salud mental como biología

Es la genética la que marca nuestro comportamiento, los problemas de salud mental se entienden cómo “defectos” en el funcionamiento del cerebro por factores genéticos. El método para tratar con estas limitaciones es el tratamiento farmacológico, como por ejemplo, antidepresivos que alteran la actividad química del cerebro.

- Perspectiva psicológica

la manera en que nos comportamos es el resultado de problemas emocionales adquiridos a través de la experiencia y aprendidos a lo largo de nuestra vida. e prefiere un tratamiento basado en la terapia a través de la conversación.

- Perspectiva social

Se centra en nuestro entorno social y en como este repercute en nuestro desarrollo. Esto sugiere que las cuestiones de salud mental están determinadas por el contexto social en el que vivimos y las cosas que nos han ocurrido en ese entorno.

“Me he convertido en dueño de mi enfermedad y asumo la responsabilidad de lo que hago y no hago. No dejo que la enfermedad me controle... No es toda mi vida, ahora es solo parte de mi vida”

Brown, W & Kandirikirira, N (2007) Recovery Mental Health in Scotland

La recuperación no hace hincapié en la idea de recuperarse de la enfermedad, sino en recuperar su propia vida, en integrar la enfermedad como una parte más de la vida de las personas con problemas de salud mental.

Los elementos más importantes son:

- **Esperanza** (es preciso creer en uno mismo, sentido de autocontrol)
- Volver a establecer una **identidad positiva** incorporando a la nueva identidad la presencia de la enfermedad.
- Construir una **vida con sentido**, centrándose en lo que puedo seguir haciendo.
- Asumir la **responsabilidad y control** de la enfermedad.

Características de la recuperación

- la recuperación es única e individual
- normalmente se describe como un proceso activo
- La recuperación se describe comúnmente como un viaje que puede tener altibajos. “personas en recuperación”.
- los periodos de enfermedad puedan dar lugar al crecimiento y contribuyen a la consecución del objetivo principal a largo plazo: Obtener una vida satisfactoria y gratificante con o sin síntomas.
- no es necesariamente fácil o directa.
- **«La recuperación permite vivir una vida cargada de significado y satisfacción, con o sin síntomas. Se trata de tener control de tu propia vida. La recuperación de cada individuo es un proceso único y tremendamente personal».** Recovery Scottish Network

¿Qué ayuda a la recuperación?

- En 2011 una revisión sistemática examinó 97 artículos científicos sobre la recuperación y estableció el marco CHIME:
- La C significa conexión (Conexión) o el conjunto de relaciones con otras personas.
- La H significa esperanza y optimismo (Hope) en la recuperación, ya que está es posible.
- La I es de identidad (Identity), un sentido positivo de sí mismo.
- La M representa el dotar de significado a la propia vida (Meaning).
- La E significa fortalecimiento (Empowerment), al centrarse en los puntos fuertes y tener control sobre la vida.

Estar en recuperación implica:

Tareas básicas (no necesariamente en orden lineal):

- Dar sentido a sus experiencias (síntomas) de una manera adaptativa y aprender a vivir con ellas. Dentro del contexto cotidiano.
- Desarrollar un sentido de pertenencia y de valor personal. Ser alguien pertenecer a algún sitio.
- Mantener o recuperar esperanza y estar dispuesta a alcanzar una vida mejor
- Tener oportunidades para desarrollar una identidad social
 - Tomando riesgos de recuperar el sentido de un yo y de la dignidad, de la vida con sentido a pesar de las limitaciones impuestas por las discapacidades
 - Experimentar placeres, reforzadores y éxitos (no importa lo pequeños que sean)
 - Ir construyendo progresivamente esta experiencia de “estar en proceso...”

Principios de la recuperación

- La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción
- Representa un movimiento que se aleja de la patología, tratando de dejar atrás la etiqueta del diagnóstico médico.
- La esperanza es fundamental y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida.
- Se estimula y facilita el autocontrol
- Las relaciones de ayuda se alejan del formato experto/paciente vs entrenador/compañero
- Las personas no se recuperan solas, esta ligado a procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido
- La recuperación consiste en el re-descubrimiento de un sentido de identidad personal.
- El lenguaje usado tiene importancia como mediador ya que puede reforzar las esperanzas o invitar al pesimismo.
- El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales
- La familia y otros allegados deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. Sin embargo el apoyo entre iguales es fundamental para muchas personas en su proceso.

Pisos supervisados

ANEXO 5

EJERCICIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL ENFOQUE DE RECUPERACION

FECHA DE EVALUACION

12/10/2016

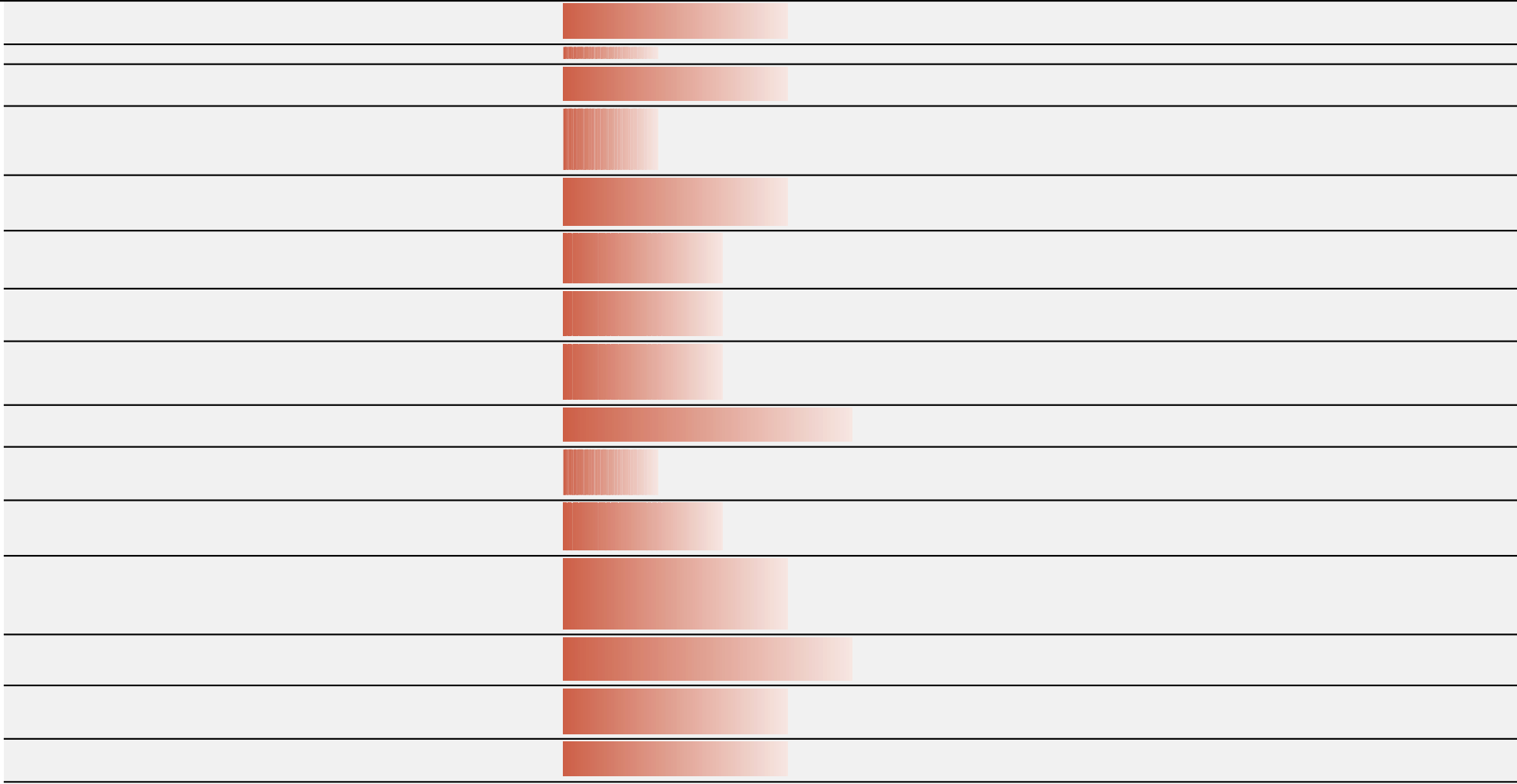
TOTAL DE PUNTOS POSIBLES

5

5

	Nombre del alumno	Rendimiento	NIVEL OBTENIDO	%	Puntos totales obtenidos	Evaluación 1	Evaluacion 2	Evaluacion 3
1	Ayudamos a los usuarios a construir o mantener los roles, relaciones y conexiones con las personas, redes y comunidades de su interés		B	80%	4	4,0		
2	Conocemos los recursos y oportunidades que nos ofrece la comunidad local		D	40%	2	2,0		
3	Introducimos en la planificación actividades que favorezcan o ayuden a la inclusión social de los usuarios del servicio		B	80%	4	4,0		
4	Apoyamos a los recursos locales a comprender los problemas de salud mental y a apoyar a las personas con enfermedad mental que utilizan esos recursos (ej. Personas que necesitan apoyos para volver al circuito educativo, empleo o actividades de ocio)		D	40%	2	2,0		
5	Tenemos un sistema efectivo Para involucrar e informar a amigos y familiares (ej. Maneras de identificar a los cuidadores, de mantener informados a la familia de origen, ofrecer consejos e involucrarlos en revisiones o momentos importantes)		B	80%	4	4,0		
6	Involucramos a las personas significativas en el plan de intervención si así lo desean y utilizamos su consejo y ayuda (ej. Amigos, familiares, asociaciones, otros profesionales)		C	60%	3	3,0		
7	Ofrecemos a todos los usuarios que utilizan nuestro servicio la elaboración de un plan de recuperación personal y les ayudamos a desarrollar este plan		C	60%	3	3,0		
8	Desarrollamos planes individualizados e incluimos en colaboración con los usuarios anotaciones orientadas a sus planes de recuperación personal que identifican con claridad planes y acciones para conseguir las metas de recuperación		C	60%	3	3,0		
9	Apoyamos a los usuarios en la búsqueda de objetivos en la vida y no solo en relación a los síntomas y a la enfermedad mental		A	100%	5	5,0		
10	Los usuarios tienen sus propias notas, cuadernos, copias de sesiones, anotaciones de progreso o cumplimiento de objetivos, y resúmenes de su plan, para su propiedad personal		D	40%	2	2,0		
11	Los Planes individualizados (PIR) sirven a los usuarios para construir un proyecto de vida con sentido propio, independientemente de la presencia o énfasis en reducir los síntomas y problemas		C	60%	3	3,0		
12	Los programas diseñados en la cartera de servicios identifican los objetivos y metas de los usuarios participantes de manera complementaria con los objetivos profesionales del programa (e.j. estar mas descansado, relacionarme con alguien que me gusta, mejorar mi salud física, etc)		B	80%	4	4,0		

13	Animamos a los usuarios a hacer sus propias elecciones y decisiones y les apoyamos incluso si no estamos de acuerdo con ellos	A	100%	5	5,0				
14	Damos información y promovemos la toma libre de decisiones en vez de obligar, presionar, sobornar o coaccionar a la persona. Y solo utilizamos la fuerza como último recurso	B	80%	4	4,0				
15	Estamos preparados a correr riesgos y a probar nuevas intervenciones con los usuarios y animamos a los usuarios a hacer lo mismo	B	80%	4	4,0				



16	Trabajamos con los usuarios a que comprendan su perspectiva del "riesgo", negociamos y acordamos planes de seguridad y de responsabilidad compartida (ej. Qué puede hacer la persona, qué puede hacer el profesional para ayudar)	B	80%	4	4,0
17	Animamos a todos a desarrollar planes de crisis anticipadas y les ayudamos a encontrar personas relevantes para el usuario que apoyen este plan (ej. Psiquiatra, enfermera, familiar, médico, etc.)	E	20%	1	1,0
18	Ofrecemos ejemplos de historias reales de éxito, libros de historias vitales, DVDs, póster, para que las personas puedan ver que es posible y para inspirar su esperanza en mejorar	E	20%	1	1,0
19	Tenemos un sistema para conectar a los usuarios con otros iguales que le pueden servir de modelo positivo (ej. A través de contacto con asociaciones, otros centros)	E	20%	1	1,0
20	Tenemos un sistema para evaluar y celebrar avances en la consecución de metas y objetivo	B	80%	4	4,0
21	Ofrecemos a todos en nuestro servicio acceso a formación educación sobre el enfoque de recuperación en donde las ideas sobre la recuperación y las metas personales pueden desarrollarse junto a otros incluyendo a otros usuarios del servicio y/o de otros servicios	C	60%	3	3,0
22	Ofrecemos oportunidades a los usuarios, familiares y miembros del equipo de profesionales para aprender sobre Recuperación	D	40%	2	2,0
23	Hay mecanismos para detectar a personas sobre-protectoras dentro del equipo que dificultan la autorresponsabilidad del usuario se desarrollan sistemas de supervisión con ellas	C	60%	3	3,0
24	Hay establecidos mecanismos o sistemas que refuerzan el compromiso del usuario en su plan individual de rehabilitación	B	80%	4	4,0
25	Desarrollamos un programa de autoestima y autoconcepto positivo de sí mismo como persona mas allá de la enfermedad mental	B	80%	4	4,0
26	Ofrecemos una variedad de opciones terapéuticas e intervenciones para que los usuarios puedan decidir (terapias psicológicas, terapias complementarias, etc.) y damos información para ayudar a tomar la decisión	B	80%	4	4,0
27	Desarrollamos un programa que ayuda a los usuarios a clarificar sus problemas personales vitales y hacer planes para encontrar la solución por sí mismos con el apoyo necesario del equipo	B	80%	4	4,0
28	Ofrecemos la oportunidad que los usuarios puedan elegir a sus cuidadores profesionales de referencia (tutores del centro)	E	20%	1	1,0
29	Los programas del recurso distribuyen sus contenidos haciendo énfasis no solo en los problema y déficits sino también en aumentar las fortalezas y competencias	B	80%	4	4,0
30	Existen reglamentados sistemas que aseguran la participación del usuario en el recurso: comisiones de participación, asambleas sobre planificación, etc.	C	60%	3	3,0
31	Involucramos a los usuarios en rutinas de toma de decisión y foros sobre el funcionamiento del recurso	D	40%	2	2,0
32	El lenguaje que usamos refuerza la esperanza y las posibilidades de mejora y evita el pesimismo y la cronicidad	B	80%	4	4,0

33	Animamos a los usuarios para que participen y colaboren en la evaluación de los servicios y programas		C	60%	3	3,0
34	Animamos al personal a que priorice en la atención de los usuarios mas que en tareas administrativas y tareas burocráticas		B	80%	4	4,0

Toda la planta ³⁵ recibe supervisión regular basada en la práctica basada en la recuperación (ej. Usando talleres de supervisión)	D	40%	2	2,0		
Apoyamos el bienestar del equipo (ej. bienestar personal, consejo, supervisión, reflexión sobre asuntos personales, autocontrol, etc.) ³⁶	C	60%	3	3,0		
Desarrollamos programas para reducir el estigma sobre la enfermedad mental en la población general ³⁷	D	40%	2	2,0		
Planificamos anualmente actividades que reduzcan el estigma en los servicios comunitarios de la localidad ³⁸	E	20%	1	1,0		
Nota media/puntuaciones	C	61%	3,1	3,1	#DIV/0!	#DIV/0!